FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N° 433

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juillet 1904, à 1 heure

PAR

Gustave BOUDRÉAUX

Licencié ès-sciences
Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

La fièvre chez les tuberculeux

à la période de germination

ET EN PARTICULIER CHEZ LES ENFANTS

Président : M. HUTINEL, *professeur.*
Juges : MM. CHANTEMESSE et BUDIN *professeurs*
MÉRY, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

Ingénieur de la marine

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Membre de l'Académie de médecine,
Médecin des hôpitaux,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

MM. DE BEURMANN, ROUTIER, CUFFER

ALBARRAN, BARBIER, BAR

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

De la Fièvre chez les Tuberculeux

A LA

période de germination
et en particulier chez les enfants

INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'externat à l'hôpital Hérold, notre maître, le Docteur Barbier, attira fréquemment notre attention sur la fièvre des tuberculeux. A maintes reprises, il nous montra qu'un grand nombre de petits malades considérés comme atteints de tuberculose apyrétique étaient en réalité des fébricitants. Si ces oscillations thermiques n'apparaissaient pas sur la courbe habituelle de leur température, c'est qu'on n'avait pas su les dépister. De là des erreurs regrettables de la part du médecin qui, à son insu, pouvait porter préjudice à son malade. Il y a donc un intérêt capital, non seule-

ment au point de vue clinique, mais aussi au point de vue pronostique, à montrer cette fièvre tuberculeuse sous sa véritable forme. Aussi, il nous a paru utile de revenir sur cette question incomplétement étudiée jusqu'ici. Notre but n'est pas évidemment de présenter dans cette thèse un travail original puisque ce sujet a déjà fait l'objet d'un certain nombre de publications ; nous voulons simplement présenter un nouveau faisceau d'observations accompagnées de courbes de la température destinées à bien montrer ce qu'est cette fièvre des tuberculeux, si curieuse à bien des points de vue quand on sait l'observer.

J'ai été beaucoup aidé dans ce travail par mon maître, le Docteur Barbier, qui a mis gracieusement à ma disposition un grand nombre d'observations prises dans son service à Hérold. Au cours de cette thèse, nous aurons l'occasion de reproduire les tracés thermiques si démonstratifs qu'il a publiés dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*.

Je le remercie sincèrement de sa bienveillance à mon égard, et de l'intérêt qu'il a bien voulu me témoigner, en particulier pendant mon année d'externat 1902-1903.

CHAPITRE I

But et limites du sujet.

C'est à dessein que nous avons borné notre étude à la fièvre des tuberculeux à la période de germination. Nous laissons complétement de côté les formes aiguës de la tuberculose, en particulier la granulie de Empis et la typho-bacillose de Landouzy.

Dans ces formes aiguës de la tuberculose la fièvre a déjà été étudiée à différentes reprises et en particulier dans les thèses de Chrétien, Bilhaut et au congrès de Lille par Jeannel. Nous avons également laissé de côté la fièvre des tuberculeux excavés. C'est qu'en effet, à la période des cavernes, les causes de la fièvre sont multiples et mal déterminées ; ce n'est plus une véritable fièvre tuberculeuse mais des oscillations thermiques souvent considérables et dues en grande partie à des associations microbiennes complexes. Avec la fièvre hectique des tuberculeux, on ne sait plus où l'on va, ce que l'on fait. Au contraire, à la période de germination des tubercules, la fièvre paraît dépendre uniquement d'une intoxica-

tion tuberculeuse passagère ou légère, comme l'ont montré les travaux d'Arloing et Guinard.

Nous laisserons aussi de côté dans cette thèse toutes les idées théoriques qui de loin ou de près se rattachent à la question. Nous avons eu uniquement l'intention de présenter des faits et autant que possible des faits bien observés, dégagés de toute considération pathogénique.

Il nous a paru inutile de donner une définition de la fièvre, ce qui, soit dit en passant, serait bien difficile, car la fièvre est encore à l'heure actuelle aussi mal connue que du temps de Hunter et d'Hippocrate. Cependant il nous faut préciser le sens du mot fièvre puisque les quelques auteurs qui l'ont étudiée dans la tuberculose au début, en particulier Cuffer et Chrétien, la regardent comme un état morbide particulier dans lequel il n'y aurait pas nécessairement une élévation de température. Les mots n'ayant de valeur que par le sens qu'on y attache, nous dirons avec Littré que la fièvre et l'hyperthermie sont deux choses invariablement liées l'une à l'autre, de telle sorte qu'un malade qui présente une température normale n'est pas un fébricitant, même s'il présente ces troubles généraux décrits par Chrétien et Cuffer dans une forme particulière de fièvre tuberculeuse. Voici du reste à titre de curiosité comment Cuffer décrit cet état fébrile d'un tuberculeux chez qui la température reste constante : « Enfin, souvent dans la journée, vers le soir, surviennent des accès fébriles plus ou moins intenses ; ces accès sont sui-

vis d'un véritable accablement très caractéristique. Cette fièvre s'accompagne souvent de petits frissons, mais surtout de sensations de chaleur extrême, et si l'on contrôle par l'examen au thermomètre, on trouve presque toujours une contradiction entre la température réelle et la sensation perçue par le malade ». Chrétien dans sa thèse, décrit le même état sous le nom de fièvre initiale subjective.

Quant à nous, nous n'admettons pas un état fébrile sans élévation thermique. C'est dire que nous passerons complétement sous silence ces troubles décrits par Chrétien et Cuffer qui, comprennent la fièvre d'une façon toute spéciale.

CHAPITRE II

Etude clinique de la fièvre chez les tuberculeux à la période de germination.

Les types fébriles créés par l'infection tuberculeuse sont nombreux et, à première vue, il est difficile de classer toutes les variétés de fièvre tuberculeuse. L'absence de parallélisme entre la fièvre et les lésions anatomiques, la confusion au milieu des diverses espèces ont découragé certains, auteurs et toutes les classifications proposées sont défectueuses en ce sens qu'elles permettent difficilement d'y faire rentrer un type donné. Nous préférons analyser séparément chacune de nos observations et montrer pour chacune d'elles, à l'aide des courbes thermiques, les particularités de la fièvre correspondant au type étudié.

C'est seulement à la fin de ce travail que nous essayerons de résumer les caractères de la fièvre tuberculeuse et de la rattacher aux types fébriles habituels, intermittent, rémittent ou continu. Mais

avant tout nous allons consacrer un premier paragraphe destiné à montrer comment on doit rechercher la température chez un tuberculeux.

Comment on doit rechercher la température des tuberculeux.

Depuis les travaux de Pidoux, Peter et Jaccoud, il est classique de diviser les tuberculeux en deux grands groupes, les tuberculeux apyrétiques et les tuberculeux fébricitants. Cette division, admise par beaucoup de médecins, repose sur des explorations thermométriques biquotidiennes pratiquées selon la méthode habituelle, matin et soir. Or, cette distinction qui est irréprochable dans ces conditions, devient en partie défectueuse si l'on fait de fréquentes explorations thermométriques. C'est qu'en effet la température de l'organisme n'est pas constante pour une journée de vingt-quatre heures et varie à chaque moment dans des limites assez étendues. A l'état physiologique, elle atteint son maximum à la fin de la journée, vers six heures du soir et son minimum vers six heures du matin. C'est en s'appuyant sur ces considérations que les médecins font prendre la température des malades, deux fois par jour, aux heures indiquées par les physiologistes, afin d'avoir les points maxima et minima de la courbe thermique. Pour que cette façon de procéder

soit justifiée, il faut supposer que la température chez le malade varie de la même manière que chez l'individu sain. Or, dans le cas qui nous occupe, rien n'est plus faux. Tandis que chez un individu normal la température atteint progressivement son maximum vers six heures du soir et passe par un minimum vers cinq ou six heures du matin, chez certains tuberculeux au contraire la température peut varier de plusieurs degrés dans l'espace de quelques heures, de telle sorte qu'avec les prises habituelles de température ces importantes variations passent absolument inaperçues ; *de tels malades sont considérés comme apyrétiques alors qu'en réalité ils sont des fébricitants*. Pour bien connaître la marche de leur température, il faudrait donc pouvoir l'inscrire sur un cylindre comme on inscrit en météorologie les variations de température de l'atmosphère.

A défaut de thermomètre enregistreur, on peut se contenter de construire des courbes en répétant fréquemment les explorations thermométriques comme nous l'indiquons plus loin. Du reste, il suffit de réfléchir quelques instants pour comprendre que chez ces malades, grands déséquilibrés de la température, comme on l'a dit, il est indispensable pour connaître leurs variations thermiques de prendre très fréquemment leur température. Une comparaison pittoresque de M. Barbier en montre bien l'importance. Si vous voulez, dit-il, connaître exactement par une coupe le relief du sol entre deux villes très éloignées et séparées par une chaîne de monta-

gnes, il faut évidemment que l'ingénieur, chargé de faire le relevé topographique, vous montre la coupe dans son ensemble et non pas la fin ou le commencement, sans quoi vous n'aurez évidemment qu'une idée absolument fausse des accidents du terrain. Il en est de même pour la fièvre des tuberculeux, et nous le répétons, les explorations thermométriques biquotidiennes sont absolument insuffisantes pour renseigner le médecin, d'une manière précise, sur l'état fébrile du malade tuberculeux. La vérité est qu'il faut procéder autrement. Or, plusieurs méthodes se présentent à l'esprit.

1° On peut, en premier lieu, varier l'heure des explorations thermométriques. La fièvre tuberculeuse étant une fièvre d'accès, comme nous le verrons, on a ainsi des chances de prendre la température au moment où elle varie. Un exemple nous fera mieux comprendre. Supposons qu'il s'agisse d'un malade ayant un accès fébrile commençant vers 9 heures du matin et finissant vers 4 heures de l'après-midi; la température prise comme on le fait en général à 8 heures du matin et à 6 heures du soir donnera forcément des indications fausses puisqu'elle a été prise en dehors de l'accès.

2° Il peut être utile de procéder autrement et en particulier de pratiquer les explorations thermométriques pendant un nombre de jours suffisamment grand, la température étant notée deux fois chaque jour, le matin et le soir, comme plus haut. Chez certains malades en effet la fièvre ne se montre pas tous

les jours et les intervalles qui séparent les périodes fébriles ont des durées très irrégulières, impossibles à prévoir. A ce propos l'observation n° 3 qui nous a été communiquée par M. Barbier est un exemple frappant des résultats que l'on peut obtenir à l'aide d'une exploration thermométrique longtemps poursuivie.

3o On peut aussi, pour dépister la fièvre des tuberculeux, mettre à profit les circonstances qui peuvent la provoquer, et en particulier la fatigue et les règles chez la femme. Nous avons eu l'occasion de rappeler plus haut les travaux de Daremberg et Chuquet qui font exécuter au malade une promenade assez longue et prennent sa température aussitôt qu'il est rentré à la chambre.

4° Enfin, il peut arriver pour des raisons diverses que les malades ne puissent se soumettre aux différentes explorations thermométriques que nous venons de mentionner. Dans ces conditions, il faut recourir à une autre méthode, beaucoup plus féconde du reste en résultats pratiques : c'est celle qui consiste à prendre la température des malades toutes les deux heures ou toutes les trois heures jour et nuit, et à comparer les courbes ainsi obtenues avec les tracés habituels, ceux-ci correspondant à des températures prises comme on sait entre six et huit heures du matin et le soir entre quatre et six heures.

C'est cette méthode d'exploration thermométrique toute nouvelle que M. Barbier emploie de préférence depuis qu'il étudie la fièvre des tuberculeux ; *c'est*

aussi celle que nous préconisons. Comme il le fait judicieusement remarquer « quelque intérêt que présentent les tracés longtemps suivis, ils ne donnent que des résultats approximatifs, et si chez ces malades ou chez ceux qui semblent n'avoir pas de fièvre, on fait des explorations thermométriques plus rapprochées, on s'aperçoit qu'il peut y avoir des accès développés entre les explorations thermométriques, et qui passent absolument inaperçus ». En tout cas, comme nous aurons l'occasion de le montrer, il y a des heures de choix pour prendre la température des tuberculeux qui ne peuvent se soumettre à des explorations thermométriques répétées ; ce sont d'une part entre 6 heures et 8 heures du matin, pour avoir le point minimum de la plus basse température, d'autre part entre 1 heure et 3 heures de l'après-midi ou entre 9 et 11 heures du soir, pour avoir au contraire le maximum de la plus haute température. En tout cas, sur les nombreux tracés que nous publions et qui accompagnent nos observations, *la température a été prise à intervalles très rapprochés, toutes les deux heures ou toutes les trois heures, jour et nuit pendant trois à quatre jours en moyenne.*

Nous ajouterons enfin que chez tous les petits tuberculeux qui ont fait l'objet de nos observations, nous avons soigneusement écarté toutes les influences, extérieures ou autres, qui auraient pu modifier leur fièvre ; la plupart d'entre eux étaient soumis à la cure d'air et passaient leur journée étendus

sur des chaises longues en osier, sous les tentes du petit sanatorium de l'hôpital Hérold.

Analyse des observations.

A l'exemple de Pidoux, Peter et Jaccoud, nous diviserons les tuberculeux en deux grands groupes : les tuberculeux apyrétiques et les tuberculeux fébricitants, montrant les particularités de la température dans chacune de ces divisions.

Tuberculeux apyrétiques ou regardés comme tels

OBSERVATION I

De M. Barbier.

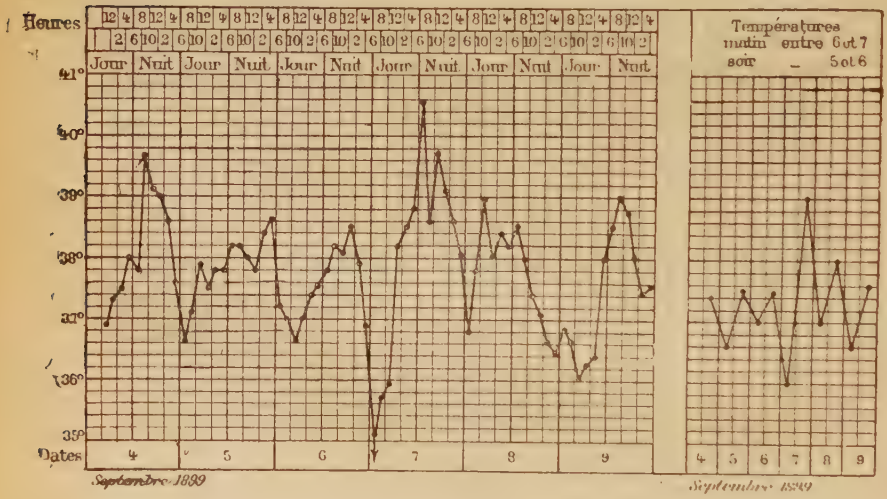
Entérite tuberculeuse. Tuberculose pulmonaire.

Voici une première observation des plus typiques, destinée à montrer que certains tuberculeux considérés comme apyrétiques, sont en réalité des fébricitants. Elle montre aussi que le procédé qui consiste à prendre la température matin et soir, selon la méthode habituelle, donne une idée absolument

fausse de la fièvre et fait croire, à tort, à l'apyrexie. Dans cette observation, la température a été prise toutes les deux heures.

R... Apolline entrée le 24 août 1899, salle Blache, à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Josias que je supplée.

Elle présente depuis six mois une diarrhée chronique avec



amaigrissement, anémie, perd ses forces, etc... Le ventre est tendu, avec des veines développées; adénite inguinale.

Le poumon donne au sommet droit;

S. clav. : S —; I. rude; E. prolongée, saccadée.

Au sommet gauche, on trouve:

S. clav. : S — ; R. rude et expiration soufflante.

Le tracé thermométrique biquotidien, depuis le début, oscille entre 36°4, le matin et 37°3 ou 37°5, le soir, sauf du 1er au 9 septembre, où il s'élève le soir jusqu'à 38° et même 38°8.

Depuis le 9 septembre, il est régulier, s'élevant à peine à

34°7 le soir. Cependant, l'enfant se cachectise, maigrit, a de la dépression des forces, et le 4 octobre, persuadé qu'elle est sous l'influence d'une intoxication tuberculeuse dont la manifestation thermique nous échappe, je fais prendre la température toutes les deux heures.

Ce tracé est intéressant à plus d'un point de vue. Il démontre clairement tout d'abord que la malade est une fiévreuse contrairement au tracé biquotidien qui indique une apyrexie à peu près complète, excepté pour la journée du 7 octobre. Il est évident que les élévations thermiques se sont produites en dehors des heures habituelles d'exploration thermométrique. En suivant pas à pas la marche de la température toutes les deux heures, nous allons noter bien d'autres particularités.

Dans la journée du 4 octobre, en effet, la malade a présenté un accès fébrile intense dont le maximum 39° 7 s'est montré à 10 heures du soir; il avait totalement passé inaperçu justement à cause de son heure d'apparition tardive qui ne coïncidait nullement avec l'heure des explorations thermométriques biquotidiennes. La température, voisine de la normale à midi, est montée brusquement de près de trois degrés en dix heures de temps: il y a eu seulement vers huit heures du soir une légère chute de température de deux dixièmes de degrés. Après avoir décrit un crochet brusque, la courbe descend rapidement vers le point 37, sans présenter l'abaissement passager de température qu'on note dans la période d'ascension.

Cette chute se fait par bonds successifs, d'un degré d'am-

plitude quelquefois et aboutit à huit heures du matin à une température inférieure à la normale; l'accès fébrile nocturne s'est donc terminé dans l'hypothermie à 36° 8.

Dans la journée du 5 octobre, un accès semblable au précédent se reproduit, mais avec quelques différences cependant. Sa période d'acmé en effet est plus tardive, six heures du matin ; la période d'ascension a été moins brutale; on note des chutes passagères de la température suivies de relèvements plus intenses aboutissant finalement au maximum thermique.

Au contraire, comme plus haut, la période de descente est rapide et s'est effectuée en quelques heures aboutissant encore, à dix heures du matin, à une phase d'hypothermie.

Le 6 octobre, nouvel accès fébrile dans la nuit, atteignant son apogée à deux heures du matin; il est suivi d'un abaissement de température vraiment remarquable, aboutissant à huit heures du matin à une phase d'hypothermie excessive représentée par une température de 35° environ; celle-ci n'a pu être notée d'une façon exacte, car le mercure n'a pas pénétré dans la tige thermométrique graduée à partir de 35°.

La journée du 7 est encore plus mouvementée : l'ascension thermique est tellement considérable et rapide que le thermomètre qui accuse à huit heures du matin l'hypothermie excessive de 35°, marque le soir, à huit heures, une température de 40°6, ayant ainsi varié de près de six degrés en douze heures de temps. Puis, l'accès nocturne va s'amender, mais non pas aussi brusquement qu'il s'est produit ; toutefois, il aboutit encore à l'hypothermie.

A partir du 8, un changement notable survient dans le cycle fébrile ; plus d'accès nocturne, mais à sa place un accès diurne dont le maximum a lieu à midi ; à partir de cette heure, la tem-

pérature au lieu de monter, descend progressivement, même la nuit, pour aboutir toujours à une hypothermie manifeste.

Mais, le 9 octobre, l'accès nocturne réapparaît, à dix heures du soir, atteignant 39°. L'exploration thermométrique pratiquée ici toutes les deux heures, s'est arrêtée la nuit, à 4 heures.

Cet exemple remarquable de fièvre tuberculeuse montre bien la nécessité de pratiquer des explorations thermométriques fréquentes si on veut avoir une idée nette de la fièvre du malade. Les accès fébriles intenses présentés par la jeune R... (Apolline) n'apparaissent point sur sa courbe biquotidienne ; le 7, elle indique une température maxima de 39°, alors que le thermomètre est monté en réalité jusqu'à 40°6. Un exemple ne suffit pas ; en voici d'autres :

OBSERVATION II

(De M. Barbier).

Tuberculose pulmonaire deuxième et troisième degré.

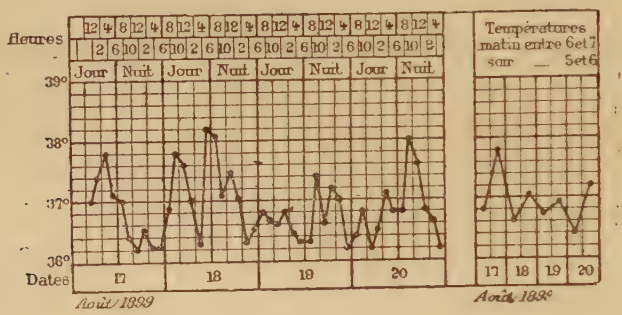
Ch... Clotilde, âgée de 14 ans, revient de la campagne en pleine poussée fébrile (41° le soir), le 12 août 1899.

Elle présente au sommet gauche des signes d'infiltration et de ramollissement tuberculeux.

Au bout de trois ou quatre jours, sous l'influence sans doute du repos, la température tombe, et dès le 4, la courbe semble indiquer une apyrexie.

Voici les deux tracés :

Ici, comme plus haut, la courbe habituelle de la température nous donne une idée absolument fausse des oscillations thermiques présentées par cette petite malade. Le 18 août, en particulier, la température est



montée à 38°2, alors que le tracé ordinaire indique une apyrexie à peu près complète. Il y a eu des accès, surtout nocturnes, mais aussi diurnes, ce qui n'avait eu lieu qu'une fois dans l'observation I. Ces accès ont toujours abouti à l'hypothermie, et même à une hypothermie marquée, 36°2 le 17 août, 36°3 le 18. Tandis que dans la précédente observation, les accès étaient uniques et nocturnes en vingt quatre heures, ici ils ont été nocturnes et diurnes, se reproduisant jusqu'à trois fois, le 18 en particulier ; ils ont duré tous en moyenne cinq à six heures.

Voici donc encore un exemple d'une tuberculose, apyrétique en apparence, mais en réalité fébrile avec des ascensions thermiques notables. On le conçoit déjà, un tel tracé chez un malade qui maigrit, pâlit,

perd ses forces, qui présente en d'autres termes des stigmates d'imprégnation tuberculeuse et chez qui l'auscultation a montré aux sommets des poumons les respirations anormales de Grancher, ce tracé, dis-je, possède une grande valeur diagnostique.

OBSERVATION III

(De M. Barbier).

Tuberculose pulmonaire à la période de germination.

Dans cette troisième observation, la température n'a pas été prise toutes les deux heures ; on s'est contenté de faire des explorations thermométriques biquotidiennes, mais longtemps prolongées :

Mlle X..., 19 ans, m'est adressée le 1er décembre 1896, avec le diagnostic de toux hystérique. Mais elle présente des signes d'intoxication tuberculeuse : anémie, essoufflement, dyspepsie, amaigrissement, accélération permanente du pouls, etc. Elle a eu à l'âge de douze ans une coxalgie traitée et guérie à Berck. Elle a des signes de germination :

P. G. — S. cl. S —; R — prolongée; V. + S/E.·. S —; R o, saccadée.

Ces signes se sont accentués en 1897, à la suite des fatigues d'un commerce qu'elle ne pouvait pas quitter.

Mars 1897, une adénopathie bronchique s'accuse à gauche.

En juin 1897, elle part pour la campagne et s'améliore.

En septembre, elle a repris ses occupations, et, dans les mois suivants, elle fait une poussée sur son poumon droit avec une légère atteinte de la plèvre droite.

En 1898, elle renonce à son commerce et passe l'hiver 1998-1899 à Arcachon. Aujourd'hui elle y est retournée, et les symptômes fonctionnels qu'elle accuse, rapprochés des signes généraux et locaux, permettent de penser que ses lésions subissent la transformation fibreuse. Voici quelques aperçus de sa température, le soir à 5 heures.

Décembre 1896. — Moyenne le soir 36°7.

Du 12 au 18 janvier. — Au-dessus de 37°6, jusqu'à 37°8.

Son époque est le 18.

Le 22 janvier. — Température normale.

Du 5 au 11 février. — 37°4 à 37°5.

Mars tout entier entre 37°3 et 37°9.

Du 7 avril (époque le 8) jusqu'au 18, entre 37°3 et 37°8, etc...

A partir du mois de septembre, elle a souvent 38 degrés et rarement au-dessous de 37°5.

En octobre, *idem* ; le 13, elle a une hémoptysie avec 39° et, le reste du mois, oscille autour de 37°8 et 38°, etc...

Dans les mois qui suivent, elle est presque tous les soirs au-dessus de 37° rarement à 38°.

Pendant tout ce temps, la température du matin était au-dessous de 37°, jusqu'à 36°4, et le pouls n'a guère varié entre 110 et 115.

La lecture de cette observation montre l'importance d'une exploration thermométrique longtemps suivie chez un tuberculeux. Mais, on n'a, néanmoins, qu'une idée inexacte de la marche de la température, et la malade en question aurait peut-être présenté des accès nocturnes avec une notable élévation de la température, si celle-ci avait été relevée toutes les deux heures.

Tuberculoses fébriles.

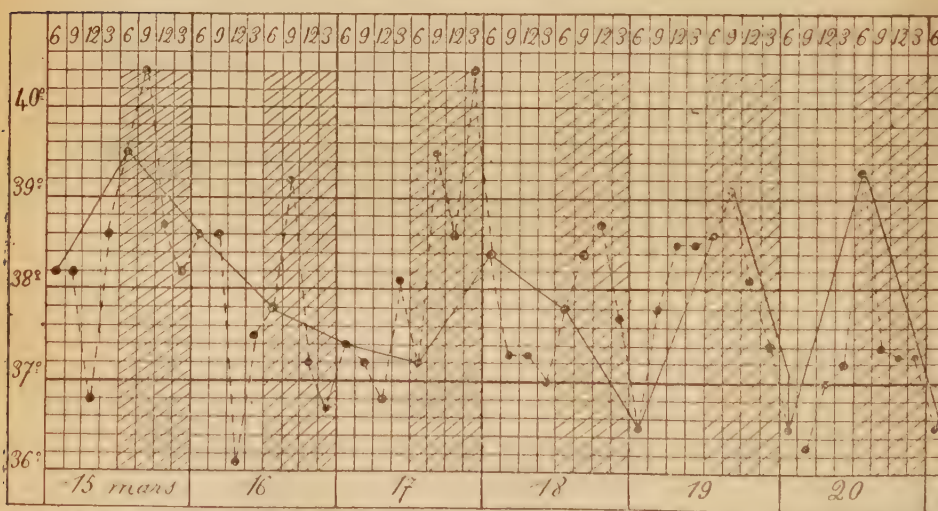
Dans cette forme de tuberculose, la température est tout aussi variable que dans la forme précédente et les tracés habituels de la température donnent une idée absolument fausse de la fièvre, des accès au moment desquels l'élévation thermique atteint 40° et même plus, passent totalement inaperçus :

OBSERVATION IV (Personnelle).

Tuberculose des deux sommets. Soupçon de rétrécissement mitral.

La jeune F... Camille, âgée de 14 ans, entre le 9 mars 1903, dans le service de M. Barbier, à l'hôpital Hérold, salle Gubler.

Cette enfant n'a pas d'antécédents héréditaires et personnels intéressants.



Courbe pleine, température toutes les douze heures. Courbe pointillée, température toutes les tr heures. Les hachures obliques indiquent la nuit.

Malade depuis deux ans environ, elle présente depuis quatre ans un aspect chétif. Du reste, on note chez elle quelques signes d'imprégnation tuberculeuse: pâleur de la face, léger amaigris-

sement et perte des forces. Elle tousse un peu et présente une diarrhée abondante depuis trois semaines. Son appétit est bon.

A l'auscultation cardiaque, on trouve au niveau du deuxième espace intercostal gauche, le long du bord gauche du sternum, un bruit râpeux, nettement systolique et peut-être aussi un dédoublement du deuxième bruit.

On trouve aux deux sommets des poumons des signes de germination (1).

P .G.	P. D.
F. S/E : souffle diffus	F. S/E : S — ; souffle diffus,
F. E/S : souffle diffus	F. E/S : plus aigu à droite qu'à gauche.
E.I:	B : S — ;
	F. C/S : S — ; R + ;

Soupçonnant chez elle des accès fébriles passant inaperçus, on fait prendre la température, jour et nuit, toutes les trois heures.

On obtient alors le tracé ci-dessous des plus curieux :

Le 15 mars, si l'on consulte la courbe habituelle biquotidienne on note :

le matin 37°7 ;
le soir 36°8.

On en conclut évidemment à l'existence d'une tuberculose fébrile, avec hyperthermie peu élevée et surtout sans écarts

. Nous nous servons ici des notations usitées par MM. Barbier et Grancher : F. S/E signifie fosse sus-épineuse ; F. E/S fosse sous-épineuse ; ET, espace interscapulaire ; B. base ; F. C/S, fosse sous-claviculaire.

brusques de la température. Or, jetons les yeux sur le tracé de la page 30 dans lequel la température est prise toutes les trois heures. Que voyons-nous?

Le 15 à midi, apyrexie, température 37° environ; à trois heures de l'après-midi, ascension thermique notable portant la température à 38°6; à 6 heures du soir, l'hyperthermie a continué et on trouve 39°5; enfin, dans la nuit, à neuf heures, on est tout étonné de voir le thermomètre monter jusqu'à 40°4. Puis à minuit chute brusque ramenant la température à 38°7, puis à 38°2 vers trois heures du matin. Voici, on nous l'accordera, un bel exemple d'accès nocturne de fièvre tuberculeuse, que rien, au premier abord ne faisait prévoir; en neuf heures de temps, la température est montée de 36°8 à 40°4, c'est-à-dire de près de 3 degrés et demi; notons l'ascension brusque et la chute rapide de la température après l'accès. Le 16 mars que se passa-t-il.

La température qui était remontée à 38°6 tombe brusquement à 36°1. Nous retrouvons encore ici cette hypothermie qui termine si souvent l'accès fébrile chez les tuberculeux; puis, la température va remonter pour atteindre son maximum à 9 heures du soir; nouvelle chute avec hypothermie légère. Dans la journée du 17, la courbe est plus tourmentée et atteint son maximum 40°4 vers minuit.

Le 18 mars. — Le maximum est moins élevé, à 38°7. En somme, chez cette malade, la fièvre était caractérisée par des accès nocturnes, à maximum très élevé, se produisant entre 9 heures du soir et 3 heures du matin et aboutissant presque chaque fois à une hypothermie plus ou moins accentuée.

OBSERVATION V

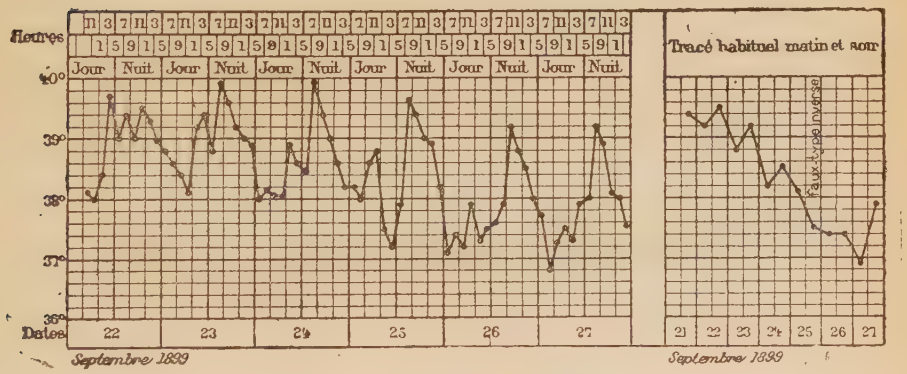
(De M. Barbier).

Tuberculose pulmonaire et pleurale. Adénopathie bronchique.

S... Marie-Louise, cinq ans et demi. Entrée le 21 septembre, salle Blache, no 29.

Deux frères morts de tuberculose. Rougeole il y a six mois.

Signes de conglomération dans le tiers supérieur du poumon droit, en avant et en arrière :



P. D. : S — ; R — rude et soufflante.

Mêmes signes dans l'aisselle.

B : S — ; R — ; frottements pleuraux.

Dans cette observation, il suffit encore de comparer les deux courbes, celle de droite et celle de gauche pour voir combien les tracés sont différents et

combien on était loin de supposer chez cette malade des oscillations thermiques aussi étendues. En consultant la courbe de droite, on voit que depuis le 21 septembre jusqu'au 27 la température a été constamment en baissant : on dirait une défervescence en lysis comme on peut en observer dans la pneumonie à sa période de déclin. La courbe de gauche au contraire, nous montre que chaque jour, principalement dans la nuit, entre 7 heures et 9 heures du soir la malade a présenté des accès fébriles intenses pendant lesquels la température est montée jusqu'à 40°. Le 25 et le 26 septembre en particulier, la courbe habituelle qui enregistrait une température peu élevée, 37°4, laissait complétement inaperçues des ascensions thermiques brusques allant jusqu'à 39°2, de telle sorte que pendant plus de douze heures, la malade est restée en pleine hyperthermie, avec une température supérieure à 38°. Si donc le médecin s'est basé sur la courbe habituelle de la température pour prendre une détermination, relative au traitement par exemple, il a été complétement induit en erreur et cette température peu élevée de 37°4 lui donnait une idée très fausse de la fièvre de sa malade. Les observations qui suivent vont nous montrer des tracés aussi curieux.

OBSERVATION VI

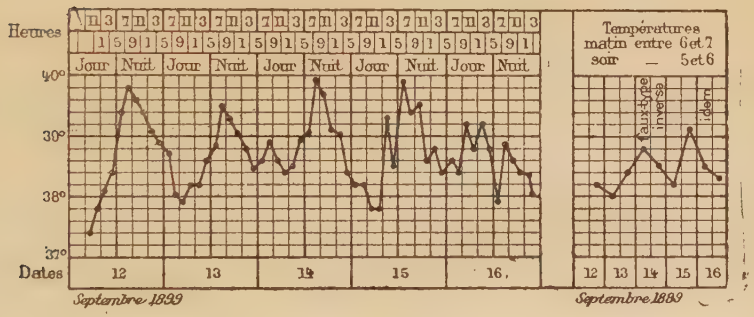
(De M. Barbier).

Tuberculose pulmonaire. Poussée aiguë pulmonaire.

R..., 12 ans. Entré le 11 septembre 1899, salle Blache, lit 25.

Mère morte tuberculeuse.

Caverne au sommet droit.



Infiltration et congestion des deux poumons.

Adénopathie bronchique.

Adénopathie cervicale.

Mort de granulie.

Dans cette observation, il suffit encore de comparer le tracé ordinaire de droite à celui de gauche obtenu en prenant la température toutes les deux

heures ; on verra facilement que les accès fébriles nocturnes avaient passé complétement inaperçus.

OBSERVATION VII

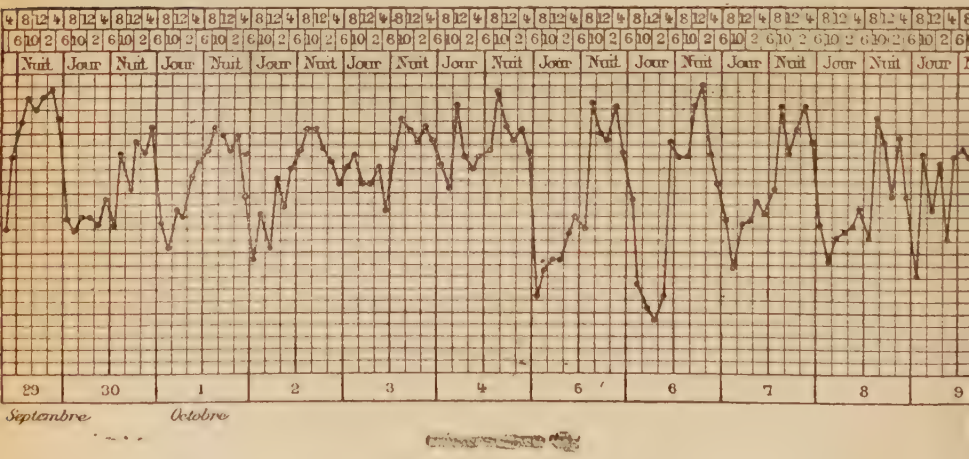
(De M. Barbier).

Tuberculose pulmonaire.

Dup... Henriette, onze ans et demi. Entrée salle Blache le 28 septembre 1899.

Père mort tuberculeux,

L'enfant est malade depuis six mois.



Signes de germination tuberculeuse aux deux sommets, surtout à droite ; pleurite concomitante.

Poumon droit. — Sommet : S — ; R — saccadée, prolongée. Râles secs, râles de bronchite.

Base : S — ; R — ; râles secs.

Poumon gauche. — Sommet : S — ; R — ; râles secs Base : S — ; R — enchifrenée, râles secs.

(Voir le graphique nº VII).

OBSERVATION VIII

(De M. Barbier).

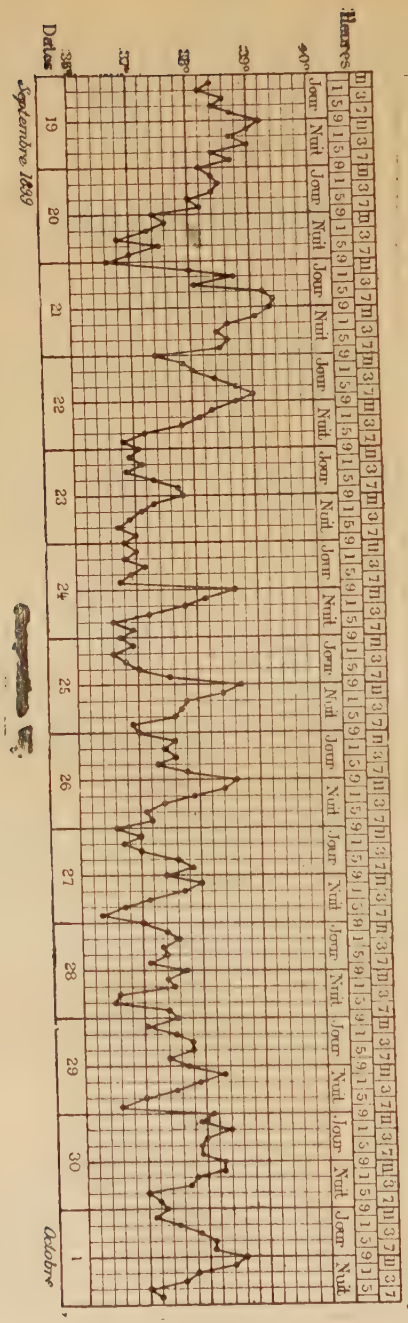
Tuberculose pulmonaire. Adénopathie bronchique.

Schw... Emilienne, 7 ans, 18 septembre 1899, salle Blache, nº 9.

Enfant entrée avec des signes de conglomération au sommet du poumon droit : S — ; R — rude, soufflante ; râles secs et obscurité de R avec S — aux deux bases.

Le 9 octobre fait une congestion pulmonaire du sommet droit avec souffle rude, axillaire et mamelonnaire. Le 29 octobre on constate des râles humides sous la clavicule droite.

Voir comme précédemment le graphique nº VIII obtenu en prenant la température toutes les deux heures.



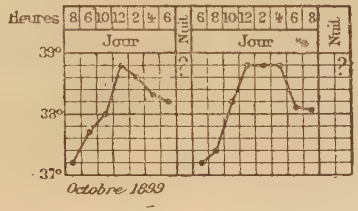
Observation VIII

OBSERVATION IX

(De M. Barbier).

Bronchopneumonie tuberculeuse avec ramollissement du sommet gauche.

Le graphique que nous publions ci-dessous est malheureusement incomplet, en ce sens que la température n'a pas été prise la nuit. Il a trait à une femme



de 45 ans présentant des signes de ramollissement au sommet du poumon gauche. Il est probable que, chez elle, on aurait observé l'accès fébrile nocturne qu'on rencontre si souvent.

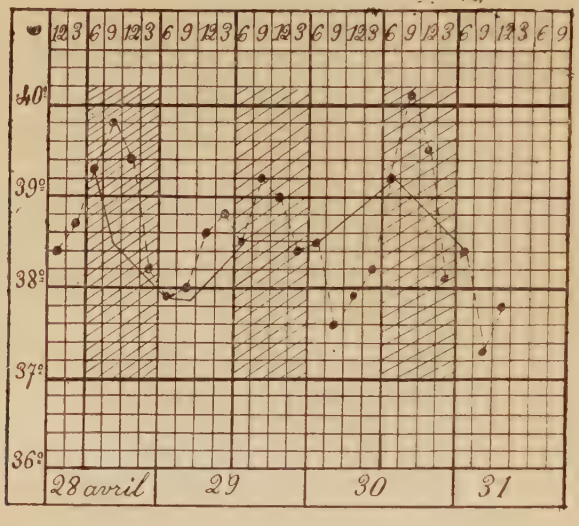
OBSERVATION X (Personnelle).

Péricardite tuberculeuse avec légère asystolie. Adénopathie bronchique.

Ch.... Henriette, âgée de huit ans 1/2, entre le 5 avril 1904, à l'hôpital Hérold, salle Gubler, lit nº 11.

Pas d'antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels, on relève la coqueluche à 4 ans, la rougeole à 5 ans et la diphtérie à sept ans.



Depuis sa coqueluche, elle a toujours eu une santé chancelante : elle avait fréquemment des épistaxis.

Elle maigrit depuis deux mois et se plaint de transpirations nocturnes.

Mais, l'état aigu qui l'amène à l'hôpital date de huit jours environ et a débuté par de la fièvre.

Elle se plaint surtout de céphalalgie, d'étourdissements, souvent elle a du délire et ses nuits sont agitées.

Elle a perdu en grande partie l'appétit et ne prend plus que du lait. Très constipée, elle ne va à la selle qu'avec des lavements.

Urines rares, non albumineuses, mais très chargées.

Pouls rapide à 120, régulier, assez bien frappé.

A l'auscultation des poumons, on trouve de la congestion des

deux bases, de l'adénopathie trachéo-bronchique ; R. est soufflante dans les fosses sus-épineuses.

Le cœur est touché : voussure thoracique au niveau de la région précordiale. Augmentation de la matité transversale, surtout à la base du cœur. Disparition du choc de la pointe ; les bruits sont sourds et sont accompagnés d'un frottement très net.

Foie augmenté de volume.

Cyanose des extrémités.

Le 14 avril, à la suite d'une ponction intra-péricardique, on retire une sérosité sanglante.

Cette enfant présente un type très net de fièvre tuberculeuse. Elle est caractérisée par des accès nocturnes atteignant leur maximum vers 9 heures du soir, sans accès diurnes. Chez elle, les périodes d'ascension thermique sont brusques, sans ressauts ; les chutes sont également rapides, mais n'aboutissent pas à l'hypothermie.

Dans la journée du 29 avril, la courbe est plus irrégulière et présente une ébauche d'accès diurne.

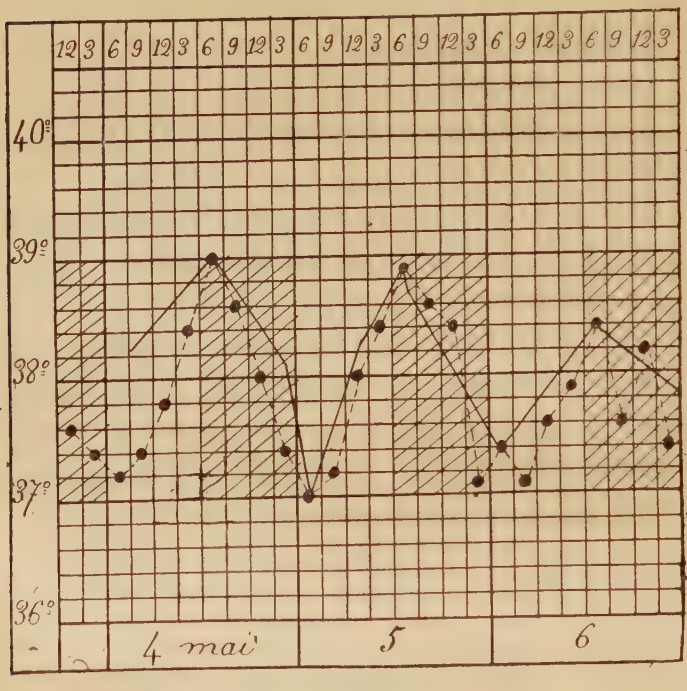
OBSERVATION XI (Personnelle)

Pleurésie droite avec épanchement. — Germination du sommet droit et du sommet gauche.

V... Marthe, âgée de 13 ans 1/2, entrée le 22 avril 1901 à l'hôpital et sortie le 25 mai.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une péritonite soupçonnée tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Tout l'hiver qui vient de s'écouler, la malade a toussé. Depuis quelque temps, l'appétit est mauvais et la malade a maigri.



Depuis huit jours, toux plus fréquente avec des crachats légèrement sanglants et accompagnée d'un point de côté droit.

Etat à l'entrée : enfant pâle, amaigrie, mais non déprimée. Elle est tranquille dans son lit quand les quintes de toux, assez fréquentes, ne surviennent pas. Respiration calme.

Examen des poumons :

Poumon droit :

F. S/E : S — > ; R. affaiblie rude et grave aux deux temps ; V =

B : S — jusqu'à l'épine de l'omoplate ; R — on O à la base ; broncho-égophonie.

F. S/C : S + > ; V + ; R — ; à la base : S — jusqu'au mamelon ; R — à ce niveau et souffle aigre avec râles secs.

Poumon gauche :

F. S/E : S — ; V + ; I. rude, soufflante ; E. : prolongée.

B : Contre la colonne vertébrale : S — ;

R — ; petit foyer soufflant avec râles crépitants.

On prescrit le repos au lit, la suralimentation et une révulsion sur le côté droit.

Le 24 avril. — L'épanchement pleural a manifestement augmenté de telle sorte que le 27 on est obligé de pratiquer une ponction évacuatrice qui donne issue à 470 grammes de liquide citrin.

A partir du 29 avril, la matité au niveau de la base droite diminue beaucoup et le 1er mai l'épanchement achève de se résorber.

Le 25 mai, départ de la malade pour Hendaye.

Ici la courbe thermique est très régulière dans son allure générale : le 4 et le 5 mai, la malade a présenté un accès fébrile atteignant son maximum à 6 heures du soir ; le 6, il y a eu pendant la nuit des oscillations assez notables de la température ; mais, à aucun moment, la malade n'a présenté d'hypothermie. Nous voyons également sur cette courbe que la période d'acmé de l'accès fébrile a coïncidé avec l'heure des explorations biquotidiennes habituelles, c'est-à-dire six heures du soir.

OBSERVATION XII

(De M. Barbier).

Germination de mes deux somts.

Vi... Jeanne, âgée de 14 ans, entre salle Gubler nº 15, à l'hôpital Hérold, le 10 mars 1903.

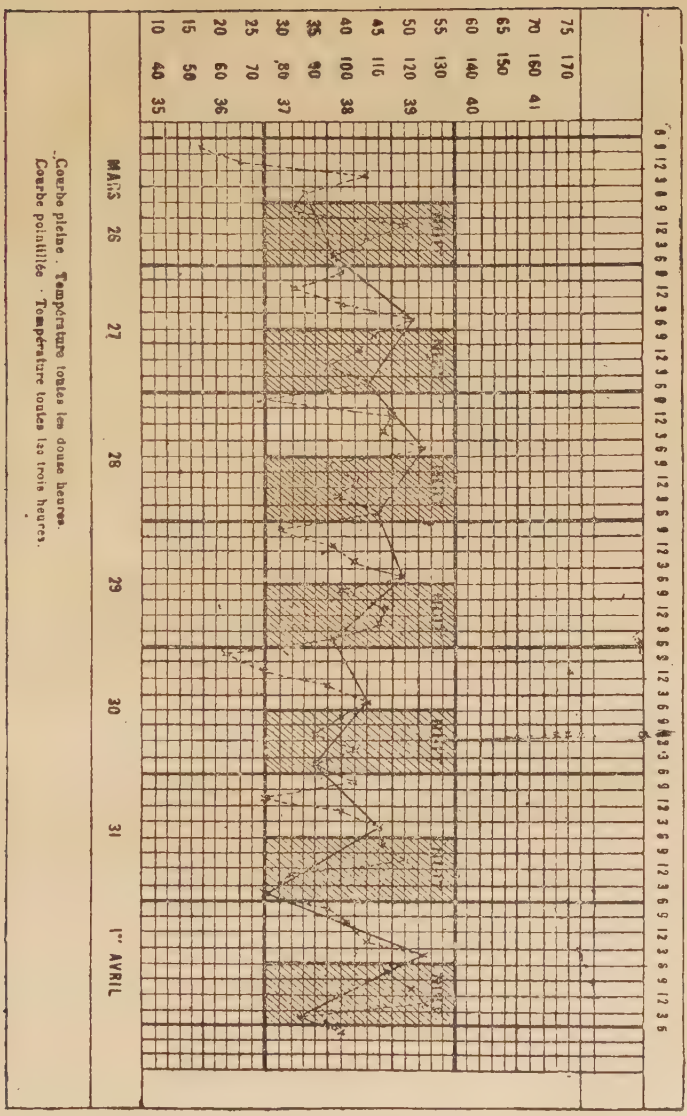
La mère a eu une pleurésie à la suite de la naissance d'un autre enfant mort un mois après sa venue au monde.

Le père est un rhumatisant, qui a dû faire un séjour de trois mois au lit pour ce fait.

L'enfant a eu la rougeole à 8 ans ; et à la suite de cette rougeole une fluxion de poitrine au sujet de laquelle les détails manquent.

Sa maladie actuelle semble remonter au commencement du mois de février ; elle se plaignit à cette époque de maux de tête fréquents, et de souffrir de son côté droit quand elle marchait. L'appétit a disparu. Les parents prétendent que depuis un mois l'enfant a de la fièvre et des sueurs nocturnes. Depuis 15 jours, la diarrhée s'est montrée. Un médecin de la ville, appelé près d'elle, aurait constaté hier une température de 40 degrés, et, songeant à une fièvre typhoïde, aurait provoqué l'envoi à l'hôpital.

A l'entrée l'enfant est pâle, amaigrie, abattue : le pouls à 136, la température prise aux heures habituelles (matin et soir) oscille très peu autour de 38º. Cependant en arrivant au milieu



de la nuit, elle avait près de 39°. La langue est sale sur le dos, dépouillée et rouge sur les bords.

L'appétit est nul. La diarrhée persiste et la palpation du ven-

tre, qui n'est ni tendu, ni douloureux, donne un peu de gargouillement profond dans la fosse iliaque. Les selles, depuis minuit, sont au nombre de deux, noirâtres et abondantes.

Le foie est normal ; la rate un peu grosse. Les urines ne renferment pas d'albumine, la diazo-réaction, recherchée à plusieurs reprises, est négative.

La malade se plaint de souffrir de la tête, mais il n'y a ni insomnie, ni rêvasseries nocturnes.

Les phénomènes fonctionnels pulmonaires sont peu accusés, la toux est rare et sèche.

A ce premier examen, la percussion et l'auscultation ne donnent pas grand résultat : on note seulement des râles de bronchite disséminée des deux côtés, et qui rendent difficile une auscultation plus attentive du murmure vésiculaire.

Le diagnostic à la suite de ce premier examen resta un peu en suspens. L'idée d'une fièvre typhoïde ou d'une grippe, ou d'une tuberculose subaiguë, fut soulevée et discutée.

La possibilité d'une fièvre typhoïde ne tarda pas d'ailleurs à être écartée, en raison de l'évolution de la maladie, de l'absence de symptômes typhiques cérébraux, de taches rosées. La séro-réaction typhique recherchée à deux reprises fut toujours négative, ainsi que je le rappelle, la diazo-réaction.

L'évolution ultérieure des accidents, leur longue durée, nous amenaient rapidement ainsi, un diagnostic d'évolution tuberculeuse.

Le 15 mai, la malade présentait une respiration rude et grave dans la partie externe du sommet droit avec de la submatité. Ces signes se retrouvent en avant sous la clavicule. A gauche, au niveau du sommet, il existe un foyer soufflant.

Sur le tracé graphique de la température prise toutes les trois heures, on retrouve les accès de la fièvre tuberculeuse.

Le 26 mars. — Deux accès, l'un diurne, l'autre nocturne.

Le 27 mars. — Un seul accès diurne, suivi d'un relèvement passager de la température vers 6 heures du matin.

Le 28 mars. — Accès diurne et ébauche d'accès nocturne.

Le 29 mars. — Accès diurne et nocturne aboutissant à une hypothermie manifeste.

Le 30 mars. — Accès diurne dont la période d'acmé se prolonge toute la nuit.

Le 31 mars et le 1er avril. — Accès nocturne.

OBSERVATION XIII (Personnelle).

Germination du sommet droit. Adénopathie du hile.

P... Georgette, âgée de 5 ans et demi, entre le 15 avril 1904, salle Gubler, lit nº 6 *bis*, dans le service de M. Barbier.

Cette enfant ne présente pas d'antécédents intéressants.

Elle est malade depuis trois semaines environ et se plaint de douleurs abdominales vagues, de céphalalgie et de transpirations nocturnes. Elle a maigri et perdu l'appétit. Ne tousse pas. Son facies est pâle, anémié ; les yeux sont cernés, fatigués.

Langue, légèrement saburrhale, rouge à la pointe.

Diarrhée. Pouls régulier à 120.

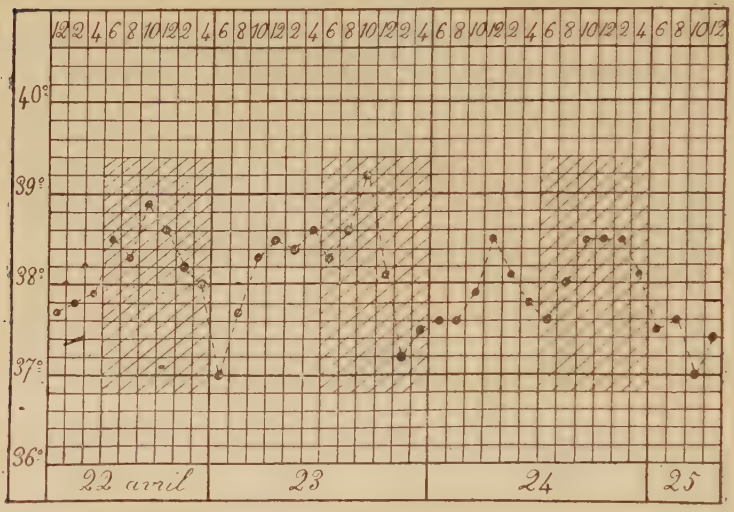
Auscultation des poumons :

Expiration légèrement soufflante dans la fosse sus-épineuse droite.

Adénopathie du hile.

Respiration rude à partir du tiers inférieur, dans le poumon gauche.

Expiration soufflante au niveau du lobe moyen, à gauche.



Cette malade a présenté les 22.23 et 24 avril 1904 des accès fébriles nocturnes qui auraient passé inaperçus sur une courbe ordinaire, à cause de leur heure d'apparition tardive.

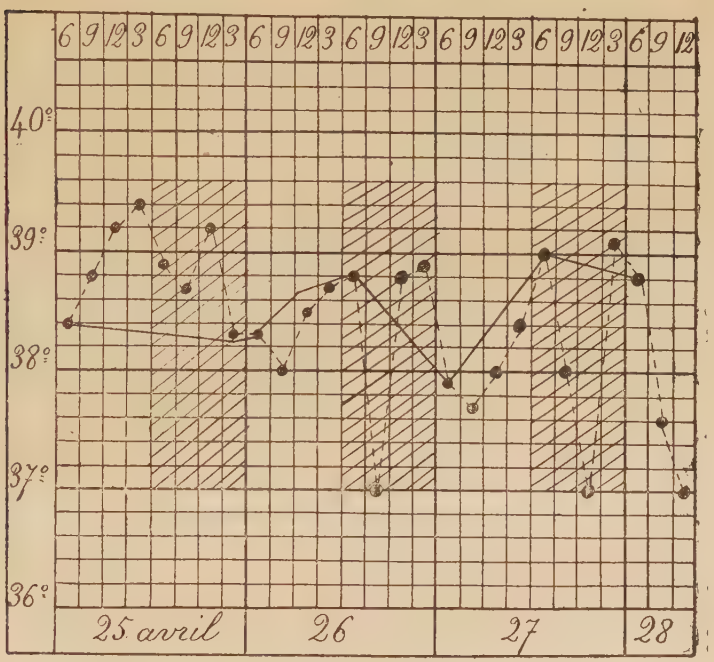
Notons que la période d'acmé de l'accès nocturne du 24 est représentée par une température en plateau.

OBSERVATION XIV (Personnelle).

Germination du sommet droit. Adénopathie trachéo-bronchique Pleurite avec léger épanchement.

M. Marcel, âgé de 8 ans, entré le 22 avril 1904, à l'hôpital Hérold, salle Gubler annexe.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Il est malade depuis le mois de janvier dernier, époque à laquelle il contracta une grippe. Se croyant guéri, il retourne à l'école dans les premiers jours d'avril, mais un soir, il y a trois semaines environ, il est pris, en rentrant chez lui, d'une forte migraine, accom-



pagnée de frissons et de point de côté. Il n'y avait pas encore de toux ; celle-ci s'est montrée il y a quatre jours ; c'est une toux quinteuse, déterminant souvent des vomissements.

Ni diarrhée, ni constipation.

Etat général : a beaucoup maigri depuis le mois de janvier dernier, en même temps que son caractère devenait triste.

Examen :

Poumon droit :

F.S/E : S. — souffle diffus

F.C/S : S = O ; retentissement du souffle entendu en arrière.

B : S — ; réapparition du murmure vésiculaire.

Poumon gauche :

F.S/E : S —

E.I : souffle expiratoire

B : S —

Le cœur est sain ;

Le foie n'est pas abaissé ;

Rien de particulier dans les urines.

Dilatation des veines thoraciques.

Gros ganglion sous-axillaire gauche.

Comme le montre la courbe, cet enfant a présenté les 26 et 27 avril, pendant la nuit des oscillations considérables de la température.

OBSERVATION XV (Personnelle).

Tuberculose pulmonaire des deux sommets, plus marqués à droite. — Pleurésie de la base droite avec léger épanchement.

Da... Louise, âgée de 12 ans, entre le 14 avril 1901 à la salle Gubler ; sort pour Forges le 14 août.

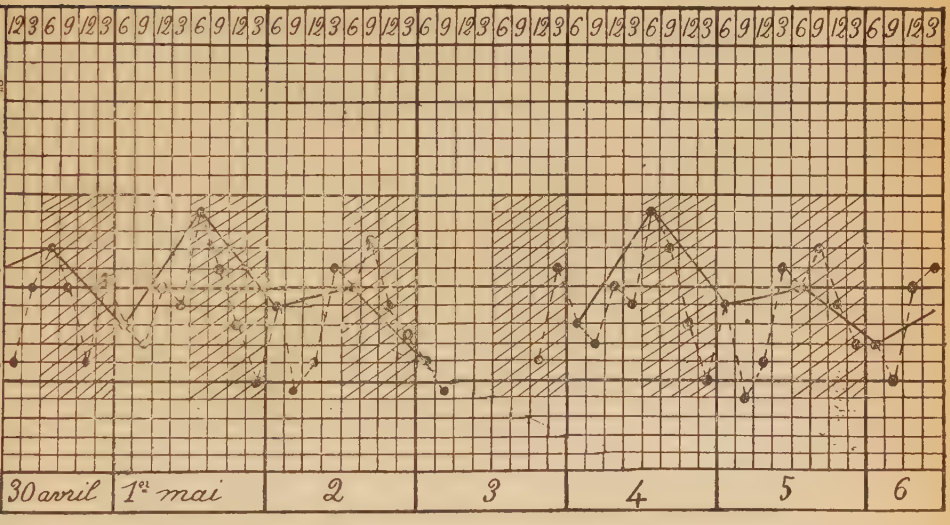
Pas d'antécédents héréditaires.

Depuis trois ans, tousse facilement tous les hivers. Depuis deux mois, la toux est revenue accompagnée d'amaigrissement, de pertes des forces, d'anorexie et de sueurs nocturnes. Depuis

trois semaines, douleurs vagues dans la continuité des membres inférieurs et dans les reins.

Etat à l'entrée : enfant d'apparence chétive, maigre ; peau et muqueuses décolorées.

Langue rouge à la pointe et sur les bords ; voix enrouée, voilée d'ailleurs depuis le commencement de l'hiver.



Musculature peu développée, en particulier, maigreur accusée au niveau des muscles thoraciques très amaigris.

Poumons :

Poumon droit :

F. S/C : S — ; R rude et grave ; E prolongée et saccadée.

F. S/E : S — ; I rude ; E soufflante, râles de bronchite.

B : S — ; souffle aigu aux deux temps.

Poumon gauche :

F. S/E : S — ; I rude ; E soufflante, râles de bronchite.

F. E/S et B. râles crépitants, disséminés.

Les autres organes paraissent sains.

Cette malade a présenté des accès nocturnes vers six heures ou neuf heures du soir, comme l'indique clairement le tracé qui accompagne l'observation.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Germination des deux sommets. Adénopathie trachéo-bronchique.

Da... Antoinette entrée le 15 octobre 1902, à l'hôpital Hérold, sortie le 8 février.

Cette malade, âgée de 14 ans, a eu la rougeole à 10 ans ; depuis elle tousse presque constamment.

Sa mère présente une laryngite suspecte, et un frère et une sœur sont morts de bacillose.

Depuis quelques jours, l'enfant a de la fièvre, de la céphalée, des points de côté ; elle se plaint de douleurs erratiques dans les membres ; elle présente une toux quinteuse, de la diarrhée et des vomissements ; elle a perdu l'appétit.

Examen des poumons :

Poumon droit :

F. S/E : R — : un peu confuse.

F. S/C et C/S : S = O ; R. — : E. saccadée.

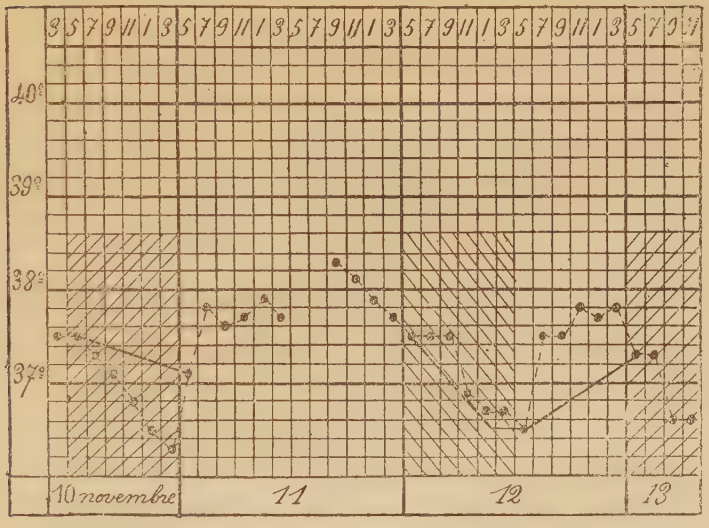
Poumon gauche :

F. S./E : S = O ; R —, quelques craquements ;

F. E/S : R saccadée.

Matité au niveau du hile droit et du hile gauche.

Cœur : Ondulation de la paroi au niveau du troisième espace intercostal gauche. Frémissement présystolique de la pointe et léger frémissement systolique dans le troisième espace intercostal. Matité cardiaque déborde le bord droit du sternum d'un travers de doigt. A l'auscultation on trouve :



A la pointe : Léger bruit de souffle se propageant dans l'aisselle ; claquement clangoreux, métallique des valvules.

A la base : Souffle systolique du timbre différent du premier, siégeant au foyer d'auscultation de l'artère pulmonaire et se propageant de bas en haut et à gauche, vers la clavicule.

Partie moyenne : Vers le quatrième espace intercostal, bruit de souffle mésosystolique, de timbre différent des deux premiers.

Cette malade a présenté le 13 novembre un accès diurne très net ; dans la nuit du 12, accès fébrile qui se termine dans l'hy-

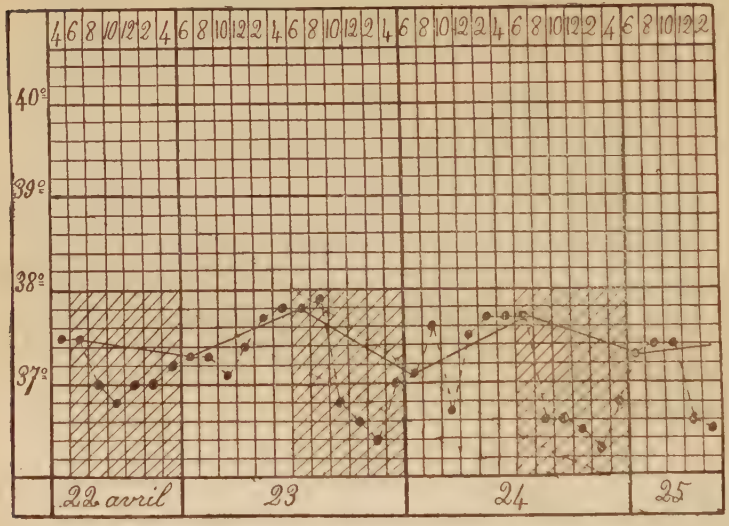
pothermie. Le 10 novembre, on assiste à la fin de l'accès nocturne qui se termine dans l'hypothermie également.

OBSERVATION XVII (Personnelle).

Tuberculose du sommet droit.

Du. . Lucie, 11 ans, entrée le 20 avril 1904, salle Gubler, hôpital Hérold.

N'a pas d'antécédents intéressants.



Elle tousse depuis l'âge de 5 ans; depuis quelques semaines, son appétit a diminué, est devenu capricieux ; elle a maigri et présente des sueurs nocturnes. Se plaint aussi de céphalée et d'épistaxis fréquentes.

Quelques petits ganglions dans l'aisselle droite.

Poumon droit :

F. S/E : S — O ; R— rude ; E soufflante, quelques petits râles secs à l'inspiration.

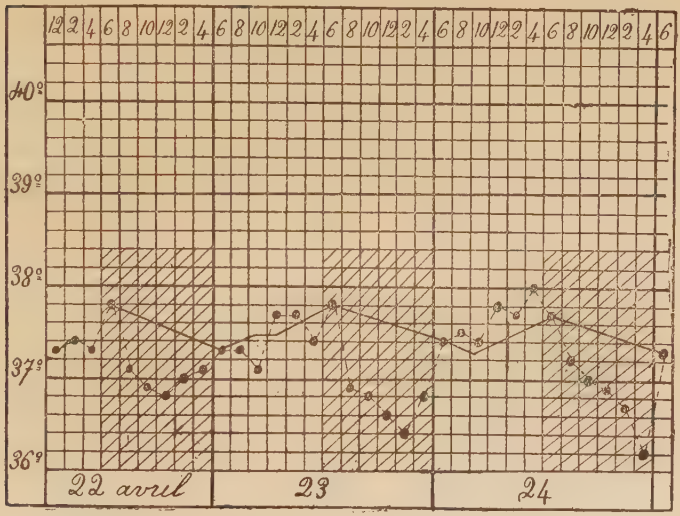
Au bases : quelques râles de bronchite F. C/S droite et gauche : R rude ; sibilances.

Voir le graphique qui accompagne l'observation.

OBSERVATION XVIII

Germination des deux sommets. Adénopathie du hile.

M... Lucie, âgée de 13 ans entre à l'hôpital Hérold le 18 avril 1904.



Pas d'antécédents.

Malade depuis un mois : a perdu l'appétit, vomit et s'essouffle au moindre effort, très constipée. Enfant au teint pâle, au facies grippé.

Examen des poumons.

Poumon droit :

F.S./E : S —; diminution très marquée du murmure vésiculaire; Essoufflante.

F.E./S : S —; diminution du murmure vésiculaire.

B.S : —; R — et rude.

Poumon gauche :

F.S./E : S —; R —; quelques frottements.

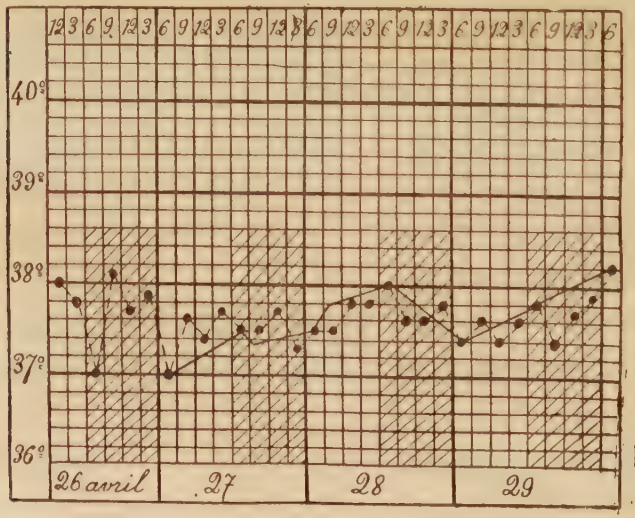
F.E./S : mêmes signes qu'à droite.

Cette courbe, un peu spéciale, est remarquable par l'hypothermie qui, la nuit, entre douze heures et quatre heures, termine les accès.

OBSERVATION XIX

Germination du sommet droit.

F... Jeanne, âgée de 14 ans, entrée le 15 novembre 1901, à l'hôpital Hérold, sortie le 1er avril et envoyée en convalescence à Hendaye.



Cette observation est destinée à montrer que tous les tuberculeux au début ne présentent point les accès fébriles que nous avons décrits précédemment. Ici, sur cette courbe, on note une fièvre presque continue, et sans caractères saillants.

CONCLUSIONS

Caractères de la fièvre tuberculeuse.

Parvenu à la fin de ce travail, il nous faut maintenant jeter un coup d'œil d'ensemble sur les tracés thermiques qui accompagnent les dix-neuf observations que nous avons publiées afin d'essayer d'en dégager les caractères généraux de la fièvre tuberculeuse étudiée par la méthode nouvelle des explorations thermométriques répétées toutes les trois heures.

Tout d'abord, sur chacune de nos courbes, on peut voir qu'en général, la température est soumise à des variations brusques et notables se produisant en quelques heures de telle sorte que les tracés sont toujours très accidentés. Mais ces oscillations thermiques, quoique très irrégulières, ont toujours pour résultat, dans une journée de vingt-quatre heures, de faire passer la courbe par un certain nombre de maximum et de minimum se reproduisant à des heures qui sont sensiblement les mêmes. Autrement dit, la fièvre tuberculeuse est caractérisée par des

accès. Nous allons étudier leur nombre, le moment de leur apparition et leur durée.

1° *L'accès fébrile peut d'abord être unique :* c'est même ce qui a lieu le plus fréquemment. On peut le constater à peu près sur tous les tracés qui accompagnent nos observations. Quelquefois cependant il existe deux accès, mais l'un deux est en général moins intense que l'autre. On pourrait même à la rigueur sur certaines courbes très accidentées telles que celle de l'observation VII décrire trois et même quatre accès, mais il faut s'entendre sur la valeur de ce terme et ne considérer comme telles que des variations thermiques assez notables et d'au moins un demi-degré. Ainsi compris, les accès fébriles ne se reproduisent jamais plus de trois fois en vingt-quatre heures. Ils peuvent être nocturnes ou diurnes.

2° *L'accès nocturne est de beaucoup le plus important et le plus fréquent.* Il peut exister seul contrairement à l'accès diurne qui s'accompagne presque toujours du premier. C'est aussi le plus important à cause de son heure d'apparition tardive et de son existence entre les deux explorations thermométriques habituelles de telle sorte qu'il peut passer inaperçu. C'est grâce à lui que des malades en apparence peu fébriles ont une température qui, la nuit peut monter à 40°. Cet accès nocturne débute à la fin de la journée vers six heures du soir, augmente progressivement dans les heures qui suivent et atteint généralement son acmé entre dix heures

du soir et quatre heures du matin. Mais, certains accès débutent plus tôt, vers quatre ou cinq heures du soir et présentent leur maximum à neuf heures.

3° *L'accès diurne débute en général le matin vers dix heures* alors que la température correspondant à l'accès nocturne baissait quelque peu ; vers deux ou trois heures de l'après-midi il a atteint son maximum ; la température baisse alors et va aboutir à l'apyrexie ou plus fréquemment au début de l'accès nocturne.

4° Au moment des accès, *la température atteint des hauteurs variables*, toujours plus considérables dans le cas des accès nocturnes. Nous avons rapporté des exemples assez nombreux dans lesquels la température atteignait 40° dans la nuit entre neuf heures du soir et minuit. Lors des accès diurnes au contraire le thermomètre s'élève moins haut.

5° Il est fréquent de constater *des ascensions thermiques brusques* dans lesquelles la température monte rapidement de trois à quatre degrés et cela dans l'espace de quelques heures.

6° *La période d'acmé* de l'accès fébrile est en général courte ; on note presque toujours un crochet aigu surtout lorsqu'il s'agit de hautes températures. Nous ne possédons qu'un petit nombre d'observations dans lesquelles le maximum de l'élévation thermique est représentée par un plateau : l'observation IX en est un exemple typique.

7° *La chute thermique* qui annonce la fin de l'accès est en général plus brusque que la période d'as-

cension. Rapidement la température en trois ou quatre heures de temps tombe d'un bond de 40° à 37° et même quelquefois au-dessous de la normale. Dans la période de chute on ne note point ces relèvements passagers de la température, ébauches de petits accès, qu'on observe souvent au moment de la période d'ascension ; la chute est régulière, sans à-coups.

8° *La fin de l'accès* est annoncée non seulement par un abaissement notable de la température qui peut ramener le thermomètre à 37° mais fréquemment il existe *une phase d'hypothermie* qui le termine. C'est même un caractère important de la fièvre tuberculeuse, et cette hypothermie qui s'accuse couramment par une température de 36° peut exceptionnellement atteindre des températures plus basses témoin le malade de l'observation II chez qui la température rectale à six heures du matin était inférieure à 35°. Cette phase d'hypothermie est habituellement passagère et ne dure pas ; il est des cas cependant où elle se prolonge toute la matinée, jusqu'à l'accès suivant. Enfin, cette hypothermie se voit surtout après le grand accès nocturne, rarement après l'accès diurne.

9° L'existence de ces accès diurnes et nocturnes bien mise en évidence par la méthode nouvelle des explorations thermométriques fréquemment répétées montre que des malades présentent pendant plusieurs heures des températures bien supérieures à celles indiquées par la courbe biquotidienne habi-

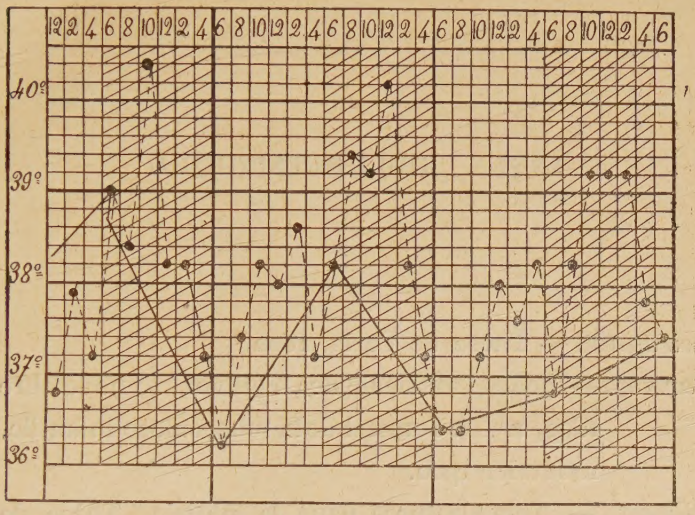
tuelle et sont en réalité de grands fébricitants. Elle fait bien voir également que certains tuberculeux ne sont apyrétiques qu'en apparence et que chez eux des accès intenses ont passé totalement inaperçus.

10° La fièvre tuberculeuse est variable d'un jour à l'autre relativement à la hauteur des accès, à leur durée et à l'heure à laquelle ils se montrent. Mais, par contre, pour un même malade, le nombre des accès en vingt-quatre heures peut demeurer le même pendant plusieurs jours de suite et ils réapparaissent en général au même moment de la journée, restant ainsi toujours diurnes ou toujours nocturnes ; malgré ces variantes, on pourrait donc dire, avec M. Barbier, que la fièvre tuberculeuse est régulièrement irrégulière.

11° Enfin, en dernier lieu, il ressort de toutes ces observations qu'il existe *des heures de choix* pour prendre la température d'un tuberculeux qui, pour des raisons particulières, ne peut se soumettre à des explorations thermométriques fréquemment répétées ; il est évident que ces températures devront être prises au moment où se produisent habituellement les deux accès diurnes et nocturnes, c'est-à-dire entre *neuf et onze heures du soir* (accès nocturne) et *une heure et trois heures de l'après-midi* (accès diurne).

Nous présentons dans le tracé schématique ci-dessous un type idéal de fièvre tuberculeuse afin que le lecteur puisse nettement en bien saisir les particula-

rités que nous venons de résumer dans nos conclusions.



Type idéal de fièvre tuberculeuse. — Courbe en trait plein : température toutes les 12 heures. — Courbe en traits pointillés, température toutes les 2 heures. — Les hachures obliques indiquent la nuit.

Mais il est bien entendu que tous les tuberculeux au début ne présentent pas ce type fébrile et que, étant donné un bacillaire fébricitant, le tracé thermique de sa fièvre prise toutes les trois heures ne va pas nécessairement reproduire ce type schématique. Il y a là, comme partout ailleurs, de nombreuses variantes que, seule, la clinique permet de révéler.

Vu : le Président de la thèse,
HUTINEL

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aviragnet. — Thèse de Paris, 1892.

Barbier. — Société médicale des hôpitaux, 16 novembre 1899, n° 33. Journal de la tuberculose infantile, 15 février 1900.

Bilhaut. — Températures dans la phtisie. Thèse de Paris, 1872.

Cuffer. — Revue de médecine, juin 1891.

Chrétien. — Thèse de Paris, 1896.

Daremberg et *Chuquet.* — Revue de médecine de 1899, page 681.

Grasset. — De la fièvre initiale des tuberculeux, Montpellier médical, décembre, 1890.

Jaccoud. — Cliniques.

Peter. — Cliniques.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, 15, Paris.